



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO AUTORIZACIÓN
---	---	----------------------------------

AUTORIZACIÓN

Só asinar de cubrirse o punto 4 da solicitude (deberán asinar todos os consignados no punto 4), e/ou o punto 10 (polo cuidador non profesional no suposto de que non pertenza á unidade de convivencia)

Autorizo expresamente que se solicite e suministre, a través de medios informáticos, ou telemáticos á consellería da Administración autonómica con competencia en materia de dependencia a información de carácter tributario necesaria, e o acceso aos datos do DNI por medios dixitais.

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

DATOS DO/A COIDADOR/A

(Só cubrir no caso de que o/a cuidador/a non sexa membro da unidade de convivencia, caso no que cumprimentará e firmara no cadro anterior)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SINATURA